Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 2202 de 2003

FUNCIONARIOS MÉDICOS DEL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA INFANTIL (ICI)

ver exposición

MÉDICOS CONTRATADOS DE GREMEDA

ver exposición

DOCTOR ÁNGEL GRILLO

Omega 3
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 5 de noviembre de 2003

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Wilmer Trivel (ad-hoc).

MIEMBROS: Señores Representantes Gustavo Amen Vaghetti, Ruben Bertín, Luis Gallo Cantera, Orlando Gil Solares, Olegario Machado y Carlota Zamora.

INVITADOS: Por el ICI, doctores Beatriz Ceruti, Rafael Anzíbar, Carlos Oromí, Jorge Speyer, Pablo Díaz y Oscar Quiñones.

Por GREMEDA, doctores Mirta Artave, Alicia Cardozo, Alicia Morales, Ana Lucy da Silveira, Estrella Paiva, Omar Bicera, Tabaré de Paula, Ruben Pírez, Nery Marin y Silvio Cardozo.

Doctor Ángel Grillo.

SEÑORA SECRETARIA.- Corresponde elegir Presidente ad hoc.

Se va a votar.

(Se vota)

——Cuatro en cinco: Afirmativa.

SEÑOR PRESIDENTE (ad hoc) (Trivel).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el agrado de recibir nuevamente a una delegación de médicos funcionarios del Instituto de Cardiología Infantil integrada por la doctora Beatríz Ceruti y por los doctores Rafael Anzíbar, Carlos Oromi, Jorge Speyer, Pablo Díaz y Oscar Quiñones. Habíamos comenzado esta entrevista en una oportunidad anterior, pero quedó trunca debido a la falta de tiempo. Hoy también tenemos dificultades de esa índole y en virtud de que recibiremos dos delegaciones más, les pedimos que sean lo más concisos posible.

SEÑOR SPEYER.- Habíamos plasmado aquí un planteo -los señores Diputados deben tener copia- que contiene nuestra expresión sobre cómo veíamos el desarrollo de los hechos en las últimas semanas. Allí denunciamos lo que entendíamos era una intencionalidad en el manejo de todo este tema, sobre todo hacia la opinión pública y en cuanto a las habilitaciones dentro del Fondo Nacional de Recursos, lo cual comprometía nuestra situación laboral en la medida en que el Fondo Nacional de Recursos habilita a dos centros de adultos a realizar cirugías de niños, mientras que al Instituto de Cardiología Infantil -que hasta la fecha se dedicaba exclusivamente a niños- no se le habilitaba el traslado a una nueva área ya instalada ni la incorporación de cirugías de adultos, lo cual generaba una situación de competencia absolutamente desleal.

En medio de este problema empresarial -que como funcionarios no podemos resolver si bien vemos con preocupación que hay cien familias que hoy viven del Instituto- se salió a la prensa a hacer declaraciones que nos ofendían en lo personal y en lo profesional; se decía que al Instituto se lo había cerrado en varias oportunidades -lo cual no es cierto-; se hablaba de resultados que no son los que nosotros tenemos en nuestras estadísticas; se hablaba de resultados de tercera, de mal manejo médico, etcétera. También se había dado difusión a un caso de VIH que a nuestro entender no se debía manejar a nivel de la prensa, comprometiendo no solamente nuestro trabajo sin que hubiera una previa investigación que determinara si realmente en el Instituto se hizo algo que no estuvo bien sino, también, al Servicio Nacional de Sangre y a los mecanismos de contralor del Ministerio.

Nosotros venimos a pedir a la Comisión que nos ayude. Entendemos que esto nos está perjudicando por varios mecanismos. El doctor Bagnulo es un representante político. Hay cosas que nosotros las fuimos a plantear al Sindicato Médico del Uruguay, pero hay cosas que alguien hace como médico y otras como funcionario político; por eso nosotros venimos a plantear nuestras inquietudes aquí.

SEÑOR ANZÍBAR.- Lo que les hemos repartido es la Resolución de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, con fecha 4 de noviembre, en la cual la Comisión Directiva apoya y exhorta al Fondo Nacional de Recursos a tomar la resolución de financiamiento de la cirugía del ICI en el área de adultos, dado que ya se han cumplido todos los requisitos -absolutamente todos- desde el punto de vista de las habilitaciones del Ministerio de Salud Pública en cuanto a todos los certificados de habilitación como IMAE. De todas maneras, la planta ya cuenta con una habilitación primaria en la cual está todo listo para comenzar, pero esto se viene dilatando cada vez más y es lo que avala el apoyo de todos los cardiólogos a través de la Sociedad Uruguaya de Cardiología.

SEÑOR QUIÑONES.- Soy el cirujano cardíaco de adultos que está encargado del desarrollo del área de cirugía de adultos en el Instituto de Cardiología Infantil; ya he venido en otra oportunidad a esta Comisión.

En este momento lo que quiero recalcar es que reiteradamente el doctor Homero Bagnulo ha hablado de que los tiempos del Fondo no son exactamente los mismos tiempos que pueden manejar las instituciones.

Les hice llegar una fotocopia de un Decreto ministerial que habilita el último IMAE, pero entre la fecha de habilitación, que es el 22 de noviembre, y el día que hicieron la primera operación en ese IMAE pasaron

cuarenta y cinco días.

El Instituto de Cardiología Infantil tiene diecisiete años: desde hace seis años, tiene un plan de transplante de adultos y desde 1998 tiene autorización para hacer cirugía cardíaca de adultos. Eso fue refrendado en el año 2002 y el 30 de julio de 2003, las últimas notas del doctor Estol y de todo el Ministerio de Salud Pública decían que había que considerar que el Instituto estaba en condiciones de realizar cirugías cardíacas de adultos. A pesar de ello, han pasado mucho más de cuarenta y cinco días y la Comisión Honoraria Administrativa del Fondo Nacional de Recursos, que preside el señor Bagnulo, no autoriza la financiación de actos de cirugía cardíaca en adultos. Creemos que hay una disparidad de criterios en cuanto a la celeridad y en cuanto a los tiempos.

Otro argumento que ha sido manifestado aquí en el Parlamento es que él se enteró de que se estaba haciendo un instituto cuando saliendo por el túnel de 8 de Octubre se encontró con un cartel. A mí me sorprendió y fui a buscar algo que justificara esa situación. El literal C) del artículo 14 de la Ley Nº 15.181, hablando de las IAMC, establece que por intermedio del Ministerio de Salud Pública se debe fundamentar debidamente para documentar, adquirir, enajenar, hipotecar bienes inmuebles, construir, reformar o ampliar plantas físicas para la atención médica. En ningún momento se dice que haya que comunicárselo al Fondo Nacional de Recursos, o sea que no se entiende esa insistencia en que no se hizo un estudio de viabilidad y en que no se le comunicó que se estaba haciendo una nueva planta. Amparados en esta ley creemos que todo esto ha sido legal.

La sensación que tenemos es que cada argumento que el doctor Bagnulo ha puesto para oponerse al desarrollo de cirugía cardíaca de adultos del Instituto de Cardiología Infantil ha sido adecuadamente refutado. A pesar de eso seguimos sin obtener ninguna respuesta.

Tenemos el aval de la Sociedad Uruguaya de Cardiología en un informe unánime que representa a todos los cardiólogos del país, que consideran que nuestro Instituto estaría en condiciones y debería ser financiado para realizar cardiología de adultos. Considero que puede haber discrepancia en lo que refiere a las políticas de salud, pero este aval de todos los cardiólogos de Uruguay quiere decir que consideran que estamos en condiciones de trabajar. Los cardiólogos son quienes ven los pacientes y nosotros somos quienes trabajamos en la etapa terciaria del tratamiento. Por eso insistimos ante esta Comisión para ver si puede mediar con el Fondo Nacional de Recursos para que tome una resolución definitiva.

SEÑOR ANZÍBAR.- Los técnicos y los integrantes del Instituto estamos muy indignados por cómo se han dado las cosas. En sus diecisiete años de trayectoria, el Instituto ha formado gente en cardiología infantil, con las directivas que todos conocen, y todo quien tiene que ver con la cardiología infantil ha pasado por él. Hace escasos quince años, la mortalidad de los niños con cardiopatía en este país era el 50% y durante este tiempo se ha bajado un 10% con un gran esfuerzo de todos los técnicos. Cada uno de los integrantes, los pediatras que hoy nos acompañan, tienen un prestigio a nivel de la pediatría nacional y de todo el cuerpo médico que se ha desarrollado en este tiempo.

El desarrollo de las cosas se ha dado desde un encare de resonancia y sensacionalismo. Ya hemos manifestado en otra oportunidad que la intención de que el Instituto de Cardiología Infantil realice cirugía de adultos no es un mero capricho. Se debe a que, por un lado, en la especialidad hay un desarrollo de esos niños que se operaron hace quince años a la adultez, y hay que tratarlos. Por otro, hay cardiopatías congénicas del adulto que hay que tratar. Por último, como bien dijo el doctor Bagnulo, hay que promover la competencia y fue motivo de la creación de un nuevo centro crear también un centro pediátrico. Nosotros aceptamos esa forma abierta de competencia pero pedimos equidad. Si hay una competitividad que permitiría financiar la cardiología infantil a través de la asociación de un centro de adultos, pedimos exactamente lo mismo para nosotros y eso es lo que se nos está negando desde hace tres o cuatro meses, y queda claro que es necesario para que la cardiología infantil, por lo menos los mismos técnicos que hace quince años estamos trabajando realzando la especialidad, no se deteriore y se vaya apagando con miras al cierre definitivo, que parece que es a lo que se tendería desde el punto de vista de las fuerzas no sé si políticas o sanitarias.

Como integrante del Instituto me siento orgulloso de pertenecer al Instituto de Cardiología Infantil porque me he formado en él desde joven, desde recién recibido. Todo el personal, inclusive el de enfermería, siente una gran indignación por el desarrollo de las cosas y estamos esperando pasar a un centro que se ha desarrollado con gran esfuerzo para seguir trabajando de la mejor manera y seguir avanzando en cardiología infantil, que es toda nuestra intención.

SEÑOR DÍAZ.- Hace varios años que el Instituto de Cardiología Infantil viene realizando tratamientos en pacientes adultos. En el año 1998 se empezaron a hacer transplantes cardíacos de adultos y desde fines de 1999 se empezaron a hacer angioplastias coronarias en adultos.

El Servicio de Hemodinamia de adultos -que es al que yo pertenezco- no es un servicio chico dentro del Instituto ya que realiza más cateterismos y más angioplastias -por lo menos un 30% o 40% más desde el año 2000 en adelante- que el Servicio de Hemodinamia o de Cateterismo de niños. Quiere decir que somos un servicio de mayor volumen que el de niños. El doctor Bagnulo manifestó en el Parlamento su satisfacción por el hecho de que Uruguay era el primer país en transplantes de América Latina. Esos buenos resultados se deben, fundamentalmente, a la acción del Instituto de Cardiología Infantil, donde se ha realizado el mayor número de transplantes y donde la mortalidad ha sido francamente menor que en los otros centros.

En cuanto a las angioplastias coronarias, si bien el volumen dentro del Instituto de Cardiología Infantil es importante, somos el centro de menor volumen, sin contar el Hospital de Clínicas. Sin embargo, los resultados de las estadísticas del Fondo Nacional de Recursos muestran que la menor mortalidad en estos procedimientos corresponde al Instituto de Cardiología Infantil en los años 2000, 2001 y 2002, demostrando que no siempre volumen es igual a calidad.

No habilitar el servicio de cirugía cardíaca de adultos, que con tanto esfuerzo hemos formado, con profesionales de primerísimo nivel que están esperando para empezar a trabajar, determina la muerte del Instituto de Cardiología Infantil, que es un centro que ha trabajado por 17 años y tiene más de 6.500 cateterismos y más de 4.000 cirugías realizados. El trato no equitativo que se está realizando en este momento va a determinar el cierre de la institución y que todos los niños del país deban atenderse en un centro nuevo, que aunque tiene profesionales muy bien formados, tiene menos de 50 cateterismos y menos de 25 cirugías cardíacas realizados. También determinará que se cierre el centro de transplantes de mayor nivel en el Uruguay en este momento y, por supuesto, que se cierre el servicio de angioplastia con los mejores resultados en este momento en el país.

Nuevamente, pedimos a esta Comisión que interceda para que se realice un trato equitativo. Esa es la función de la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos, y entendemos que no la está llevando adelante adecuadamente.

SEÑOR QUIÑONES.- Quiero reafirmar lo expresado por el doctor Díaz, en el sentido de que esa falta de equidad va a llevar a la desaparición del Instituto de Cardiología Infantil. Los contadores consideran que la viabilidad del servicio depende en gran parte en este momento del desarrollo de la cirugía cardíaca de adultos, por un lado, porque disminuyeron los servicios de cirugía cardíaca de niños al haber un avance en las terapéuticas invasivas para solucionar algunos problemas que antes se solucionaban por cirugía, y por otro, porque se abrió un nuevo instituto. El cierre a corto o mediano plazo del Instituto de Cardiología Infantil es algo más que el cierre de una institución: es perder el esfuerzo de toda una generación de médicos uruguayos que tiene 30 años de evolución. Si bien el Instituto de Cardiología Infantil tiene 17 años trabajando, previo a eso se necesitó la formación de los individuos que después encararon ese proyecto, que son 10 años más.

O sea que si ese instituto desaparece, un instituto que fue modelo en Uruguay y América Latina, el país está perdiendo el esfuerzo de toda una generación de excelentes profesionales. Eso es lo que ustedes, como parlamentarios, deberían sopesar en el momento de intervenir en la decisión que puede llegar a tomar el Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Esta Comisión agradece la presencia de los médicos funcionarios del Instituto de Cardiología Infantil y se compromete a reunirse en los próximos días para fijar las estrategias en la mediación de este conflicto que ha salido de sus carriles y que, lamentablemente, ha tomado estado público. Personalmente, creo que estas cosas se tienen que solucionar conversando a puertas cerradas, antes de generar todo el caos que han provocado y la desconfianza de la población ante procedimientos terapéuticos que la prensa nacional ha tomado en sus principales titulares.

Hoy estamos en una situación muy particular porque la gran mayoría de los integrantes de la Comisión son suplentes y no han participado en las reuniones con el Fondo Nacional de Recursos y en la anterior visita de

ustedes.

El próximo martes concurrirá el Fondo Nacional de Recursos, y será una buena oportunidad para empezar a mediar en este conflicto, que esperamos que pueda solucionarse a corto plazo por el bien de nuestro país.

(Se retiran de Sala los médicos funcionarios del Instituto de Cardiología Infantil)

(Ingresa a Sala una delegación de médicos de GREMEDA, integrada por las doctoras Mirta Artave, Alicia Cardozo, Alicia Morales, Ana Lucy da Silveira y Estrella Paiva, y por los doctores Ney Marin, Silvio Cardozo, Omar Bícera, Tabaré de Paula y Ruben Pírez)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a las doctoras Mirta Artave, Alicia Cardozo, Alicia Morales, Ana Lucy da Silveira y Estrella Paiva, y a los doctores Ney Marin, Silvio Cardozo, Omar Bícera, Tabaré de Paula y Ruben Pírez.

SEÑORA PAIVA.- Venimos en representación de un grupo de médicos, conformado por veintinueve médicos que, lamentablemente, estamos vinculados a una institución médica de asistencia privada en Artigas que pertenece a FEMI.

Desde hace muchísimos años esta institución viene sufriendo una situación económica muy difícil; los señores Diputados recordarán que en el año 2001 hubo un agravante en la región, que fue la aftosa, y después se dio el agravante socioeconómico que tuvo el país. A partir del año 2001 nuestra situación empezó a deteriorarse y la empresa comenzó a sufrir aún más.

Desde el gremio fuimos haciendo numerosas gestiones para tratar de conservar nuestra fuente laboral, sin anteponer el hecho de que se trataba de una empresa privada monopólica en la asistencia médica del departamento.

Una de las primeras medidas que tomamos fue donar un 20% de nuestro sueldo, es decir, rebajar el salario un 20%. Como los señores Diputados sabrán, FEMI tiene laudos diferentes a los de Montevideo, y había sueldos históricamente altos en la institución, por lo que trabajamos con la empresa para que esos salarios se acercaran al laudo.

Después de eso la empresa necesitó que hiciéramos una condonación de nuestros derechos laborales, que son el aguinaldo y el salario vacacional de los años 2001 y 2002. La empresa pidió esto al gremio, a todos los trabajadores médicos, porque necesitaba gestionar un préstamo en el Banco de la República. Entonces, hicimos esa condonación con el fin de que la empresa obtuviera un préstamo blando -creo que así lo llaman- y pudiera solucionar su situación. La empresa se comprometió a pagar nuestros salarios en forma regular cuando cobrara el préstamo. El préstamo no se obtuvo y la empresa no pudo llegar a pagar los salarios como había convenido con nosotros.

Como estábamos haciendo un aporte económico y un aporte de trabajo a la empresa privada, que es una cooperativa médica, nosotros, los trabajadores no cooperativistas, pedimos participar en la gestión política de la institución, por lo que solicitamos la cooperativización de todos los médicos de forma tal de no estar solo contribuyendo en la parte económica poniendo nuestro salario, sino también poder participar de las decisiones políticas que la empresa estaba tomando. En diciembre de 2001 se nos negó esa cooperativización.

No éramos partícipes de las decisiones en la gestión de la empresa; por lo tanto, el convenio no estaba vigente porque prácticamente había caducado y no se había cumplido por parte de la empresa. Entonces, pedimos al Sindicato Médico que hiciera la denuncia de ese convenio en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social -fue firmado allí- y, de esa forma, poder reconocer la deuda que tenía la empresa con nosotros, los trabajadores que pedimos participar en la gestión y se nos negó. Ante esa negativa, pedimos la caída del convenio y que se hiciera un reconocimiento de la deuda. En ningún momento dijimos que queríamos el pago de la deuda, sino que queríamos negociar una forma de pago, ya que la empresa estaba pasando por una situación difícil.

Quiero destacar todo ese esfuerzo que hace el gremio con la participación del Secretariado Gremial. No sé si hay muchos de FEMI aquí, pero todos deben conocer cómo es el manejo. La FEMI tiene un departamento

gremial que participó activamente con nosotros en el Sindicato Médico de Artigas y también el ejecutivo de FEMI porque, si bien era un asunto gremial, fue en varias oportunidades a Artigas para ver si la empresa podía acercarse un poco a nuestra petición de una negociación. O sea, queríamos conformar una mesa y que se negociara la deuda. Ese era nuestro proyecto.

La respuesta de la empresa a esto fue enviar a cinco compañeros al seguro de paro y poner a ocho compañeros -los más jóvenes- a disponibilidad de la empresa. Quiero destacar que los cinco compañeros -todos ellos- tenían una amplia trayectoria dentro de la empresa, algunos hasta con veinte años de trabajo en ella, y tenían su carga horaria completa; o sea, no eran compañeros que tuvieran pocos pacientes e, inclusive, uno de ellos tenía dadas todas las horas del mes siguiente para atender pacientes.

Después de que hicimos todas esas gestiones y de que mandaron a los compañeros al seguro de paro, resolvimos presentarnos al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para que se pudiera formar una mesa negociadora que, en este caso, iba a ser tripartita entre la empresa, nosotros -reclamando el reconocimiento de la deuda- y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El abogado de la empresa se presentó a esa instancia y nos dijo que la empresa no tenía absolutamente nada para negociar con estos trabajadores que hacían el reclamo y que se siguiera la vía judicial o la que correspondiera. Por lo tanto, después de los seguros de paro y de la instancia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, se continúa el trámite por vía legal.

A posteriori, se envió a dos médicos más a seguro de paro y dos médicas fueron despedidas -están presentes aquí- directamente de la institución. Se dice que esos despidos, los envíos al seguro de paro y los pases a disponibilidad se hicieron por razones de reestructura. Nosotros tenemos que recalcar aquí que esa reestructura no significa para la empresa un ahorro en la masa salarial porque, si bien habíamos declarado los cargos en conflicto, el trabajo de estos compañeros no se había dejado de hacer; o sea, el trabajo se seguía haciendo con otros colegas, lo que implicaba un recargo que había que pagarlo, ya sean guardias o policlínicas. Ese trabajo lo hacían otros colegas, que cobraban por ello. Por lo tanto, para nosotros el planteo de reestructura no es válido. Antes de pasar al punto siguiente, quiero recalcar que una de las doctoras que fue despedida es integrante de la directiva del Sindicato Médico de Artigas.

Creo que más o menos les he hecho un relato de la situación que estamos viviendo el grupo médico en Artigas, que sufre un "crack" que, si bien es económico para algunos porque significa la pérdida de su salario o de la fuente laboral, también es un "crack" dentro del grupo médico que hasta ese momento había mantenido otra forma de trabajar y ahora estaba dividiéndose.

No obstante, esta situación se agrava aún más cuando la directiva de GREMEDA envía un comunicado a la prensa, y sale en todos los medios, responsabilizándonos como los causantes de un posible quiebre de la institución porque hacemos un reclamo de lo que se nos adeuda. Según la directiva de GREMEDA, ello podría ocasionar el quiebre de la institución y nos responsabiliza de la pérdida de cuatrocientos puestos de trabajo y, lo que es más grave aún, de la asistencia médica en la población.

Este hecho lo consideramos muy grave, lo planteamos ante el Sindicato Médico del Uruguay, y se está estudiando en el Tribunal de Ética Médica.

Nosotros venimos acá a decirle a esta Comisión, en primer lugar, que no somos responsables de la mala gestión que ha hecho la empresa y esta afirmación la respaldan las tres auditorías realizadas, la primera solicitada desde el Sindicato. Las tres auditorías coinciden en que hubo una incorrecta gestión, pues todas las recomendaciones realizadas a la empresa a efectos de sortear la crisis económico-financiera no se tomaron en cuenta.

Tampoco puede decirse que los despidos médicos se hacen para disminuir la masa salarial o que se basan en una reestructura de la empresa, porque se ha demostrado que esto no ha dado alguna solución económica.

A su vez, si bien se trata de una empresa privada que tiene una gestión independiente -como toda empresa privada-, el 80% de su ingreso se hace a través del Estado. Por lo tanto, nosotros decimos acá que hay una situación de conflicto entre médicos y también de riesgo de asistencia con alta tecnología en todo el departamento. Los señores Diputados saben que la tecnología la tienen las asistencias privadas y que si bien Salud Pública tiene parte de ella, no en su totalidad.

Esta situación nos lleva a que tengamos que crear nuestra propia fuente de trabajo. ¿Cómo lo vamos a hacer? Está todo muy difícil, nosotros nos quedamos sin trabajo y otra cosa no podemos hacer excepto trabajar como médicos.

La asistencia privada no existe y, por lo tanto, comenzamos a movernos para tratar de crear asistencias diferentes para cubrir el rango de población que no puede acceder a estos servicios; lo ideal sería que toda la población accediera a una asistencia total, pero sabemos que es cara y que mucha gente queda excluida, por lo que debe ingresar a las filas del Ministerio de Salud Pública, que está totalmente desbordado. El señor Presidente sabe que el número de carnés de asistencia gratuita -o arancelado- es muy elevado y que desborda la capacidad del Ministerio.

Por lo tanto, nosotros pedimos que se nos ayude a crear esa nueva modalidad de asistencia, con rápido acceso a la consulta, evitando crear superpoblación en el Hospital, tratando de atender los casos antes de que deban ser hospitalizados.

También vemos que hay carencias en asistencia primaria en salud.

Por lo tanto, diecinueve médicos -no todos estamos en seguro de paro o despedidos- vemos que podemos plantear una nueva opción de asistencia en salud. Reitero que venimos a solicitar a esta Comisión que nos apoye y que nos brinde esa posibilidad para conseguir las habilitaciones y que el Ministerio de Salud Pública aporte algunas cosas.

Los señores Diputados se imaginarán la situación económica difícil que estamos pasando, con nueve meses de atraso en el pago salarial y en todos los otros derechos.

También quisiéramos acceder a los medios ejecutivos -ya no es ámbito de esta Cámara, pero quizás los señores Diputados nos pueden ayudar- para conseguir algunos aportes económicos a fin de poder brindar esta asistencia.

Este es un pantallazo de la situación que estamos viviendo no solo los diecinueve médicos sino todo el departamento en temas de salud

Trajimos un memorándum que entregamos a la Comisión.

SEÑOR MARIN.- Queremos dejar sentado que lo único que venimos a pedir es ese apoyo que solicita la doctora y que nos dejen trabajar tranquilos porque presión existe y es de parte de la actual institución, que tiene la predominancia en el departamento.

Nuestra intención es que los señores Diputados conozcan las realidades que vive el departamento y que hoy, nuevamente, Artigas es eco de hechos lamentables

Nosotros, que pertenecemos al pago sabemos que el Hospital, en las condiciones que hoy está, seguirá teniendo gravísimos problemas. Si no se direcciona para que la salud tome las características actuales de acuerdo con las necesidades que el departamento enfrenta, este tipo de problemática seguirá existiendo.

Yo soy un firme defensor -el señor Presidente lo sabe- de que tenemos evitar que la gente se enferme; esa es la estrategia que se aplica en todo el mundo. Le cuesta más al Estado atender a un niño enfermo, deshidratado, que requiere internación en un CTI, que aplicar medidas de atención primaria, con un médico que conozca a la familia y el barrio en que estas personas viven. De esta forma evitaríamos, por ejemplo, que una otitis, que debe curarse en pocas horas, no sea el comienzo de una diarrea con proyecciones mucho más graves, con desenlaces muchas veces fatales.

Desde el punto de vista médico esto se corrige cuando la persona realiza la consulta en urgencia.

En cuanto a lo que planteaba nuestra compañera respecto a la nueva empresa, una de las características sería que la institución pague los medicamentos que se otorguen en la urgencia. Esto lo hemos tenido como prueba en otras instituciones, pues a toda persona que consulta en urgencias se le entrega el medicamento correspondiente. Y sí se crea en primera instancia lo que puede ser una pérdida económica, pero se ha visto que más adelante la empresa obtiene su lucro porque ese paciente no ingresó, no se internó, no se enfermó y -

lo que es mejor- se solucionó en forma inmediata un problema. Creo que así se debería actuar en todos los ámbitos.

Este era el fundamento de la prioridad y de la necesidad de que esta situación tenga solución a muy corto plazo.

Nosotros estamos por enfrentar -al menos en Artigas- la época más crítica, es decir, los meses de verano. Por lo tanto, hago hincapié en solicitar apoyo desde el punto de vista funcional y de políticas de salud a la Comisión; más que por el grupo, estamos pidiendo por la sociedad artiguense y porque los hechos que allí se dan -que no son por casualidad- no se vuelvan a repetir. Nosotros estamos acá con una doble intención. Por supuesto, con la necesidad de pedir un lugar de trabajo, pero también para decirles que estamos con toda la fuerza necesaria y con la intención de que las cosas que están sucediendo en Artigas no vuelvan a ocurrir.

SEÑOR GIL SOLARES.- Indudablemente, esta situación se empieza a ver en nuestro país. Parecería que existe un conflicto que se viene incendiando entre las generaciones jóvenes y las de los viejos médicos, los que iniciaron todo este tipo de instituciones y llegaron a la concreción de la Federación Médica del Interior.

Puedo hablar de eso porque, a pesar de estar jubilado, soy de los que inició el proceso de la Federación Médica del Interior en el departamento de Colonia, en la ciudad de Carmelo. Nosotros vivimos algo muy simple. Cuando iniciamos esta experiencia de la Federación Médica del Interior éramos relativamente pocos y nos pudimos entender perfectamente desde el punto de vista económico. En nuestra institución ganábamos todos igual; no había ni el médico más, ni el cirujano más, ni el anestesista más; nada: todos iguales. Pero, con el devenir del tiempo y con la necesidad de incorporar más médicos entraron generaciones jóvenes, por lo que todos empezaron a buscar soluciones, mejor calidad de vida, mejores salarios, etcétera.

Aquellos departamentos de nuestro país que no sufrieron sacudidas económicas como la que reconocemos recibió el departamento de Artigas -tal vez por ahí exista alguna explicación para esta situación tan lamentable y desagradable- más o menos mantuvieron un equilibrio. Hoy, ese equilibrio empieza a resquebrajarse un poco por las informaciones que estoy recibiendo, digamos, como viejo integrante de la Federación Médica del Interior.

El caso de Artigas parecería que pasa de castaño oscuro; habría que hacer un análisis muy minucioso de por qué se da esa situación tan agresiva entre generaciones de médicos. Nosotros no somos muy indicados desde el punto de vista de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social para poder desarrollar influencias en apoyo de uno o de otro grupo, pero seguramente vamos a poder dialogar con todos ustedes en alguna otra oportunidad, así como con las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay, con las del Ministerio de Salud Pública y con las de la FEMI para ver cómo podemos llegar a la mejor solución.

El hecho concreto es que en los conflictos intermédicos, quien paga el pato es el enfermo. Eso es lo que no debe suceder en ningún lugar de nuestro país. Así que vamos a hacer votos para que esto se solucione a la brevedad posible para que se busque la mejor y más racional salida; por suerte -se lo vamos adelantando-, nosotros ya empezamos el estudio del proyecto de ley de colegiación médica; su aspecto fundamental es la influencia de la ética en la conducta de todos los médicos. De manera que ese va a ser un paso muy importante, inclusive, un paso de apoyo para llegar -cuanto antes mejor- a un seguro del Servicio Nacional de Salud donde todos los médicos sean tratados de la misma manera, sin discriminaciones de ningún tipo.

Espero que de alguna manera nosotros podamos colaborar, aunque sea en algo; seguramente vamos a tener nuevas instancias de diálogo con ustedes.

SEÑOR GALLO CANTERA.- Yo soy médico integrante de la Federación Médica del Interior y del Secretariado Gremial de FEMI y estoy al tanto de todo lo que contaron los compañeros de GREMEDA.

¿Qué relación tienen actualmente con el Sindicato Médico de Artigas?

SEÑORA PAIVA.- Todos somos integrantes del Sindicato Médico de Artigas; por lo tanto, en este momento todos somos integrantes de FEMI.

SEÑOR GALLO CANTERA.- Me gustaría que nos hicieran llegar el proyecto de atención primaria que tienen para desarrollar conjuntamente con Salud Pública, para poder estudiarlo.

Desde ya cuenten con nuestro apoyo en lo que podamos hacer a nivel parlamentario. Por el lado gremial también ofrecemos las gestiones que podamos encarar.

SEÑORA PAIVA.- Todo el apoyo que hemos tenido en las gestiones que hemos hecho es de la FEMI. Inclusive, al contrario de lo que se ha dicho extraoficialmente, nosotros no nos estamos yendo de la FEMI; por el contrario, queremos pertenecer a la FEMI. El Ejecutivo de la FEMI no lo dijo cuando era ejecutivo, sino cuando estaba haciendo la gira; nos planteaba que de repente era una oportunidad, pero nosotros lo que pedimos es trabajar en este nuevo modelo.

Tenemos un proyecto que no hemos culminado y por eso no lo trajimos. No pensamos que habría que traerlo aquí, sino que de repente se debía presentar directamente en el Ministerio más adelante. De todas maneras, lo tenemos y está prácticamente concluido, pero siempre hay cosas para agregarle y para modificarle, o sea que pienso que no será totalmente como lo queremos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Claramente están planteando dos temas: por un lado, el tema laboral y gremial -creo que no es esta la Comisión más adecuada parta tratar esos temas; les aconsejaríamos que se dirigieran a la Comisión de Legislación del Trabajo de esta Cámara para un mejor asesoramiento y un mayor énfasis en la solución del tema gremial-, por otro, el proyecto asistencial que están proponiendo. En ese sentido, voy a hacer un planteo a los compañeros de la Comisión. Quien desde su humilde posición en Artigas luchó permanentemente por la asistencia primaria y proyectó algunos programas como el módulo pediátrico, hoy, en cierta medida, concuerda plenamente con ese proyecto. Estoy proponiendo a la Comisión que medie frente a la DIGESA, fundamentalmente para que los invitados obtengan rápidamente una entrevista en estas horas -ya que están en Montevideo-, para empezar a conversar con la Dirección General de la Salud y así afinar la propuesta que están haciendo.

Agradecemos la información que nos han brindado y establecemos el compromiso de llamar al doctor Estol, que es el Director de la DIGESA, para que consigan a la brevedad una entrevista para elevar su propuesta de asistencia primaria de la salud en Artigas.

(Se retira de Sala la delegación de médicos de GREMEDA)

(Ingresa a Sala el doctor Grillo)

——La Comisión da la bienvenida al doctor Grillo.

SEÑOR GRILLO.- Soy médico. Hago la parte de cirugía endovascular desde hace muchos años. Me dedico a la investigación; hago imagenología, o sea que tengo una actuación bastante abundante.

El motivo de mi presencia es explicar el tema -que probablemente alguno conozca- del Omega 3. Transcurrió mi vida como médico, después se me ocurrió ir a investigar a la Antártida y actualmente soy uno de los Directores del Instituto Antártico. Tengo 19 estadías en el Polo Sur, otra en el Polo Norte, y sucedió que investigando todos los trabajos de un equipo multidisciplinario de la Facultad integrado por profesores que algunos hoy ya no están, encontramos esta sustancia, esto que hoy es la niña bonita que es el Omega 3.

Esta sustancia es un ácido graso, es una grasa buena que contrarresta la grasa mala y a veces da miedo decir para qué sirve y para tanto. Sin ser medicamento porque es un alimento, esta sustancia que encontramos nosotros y otros autores la encontraron en los peces del frío -porque comen fictoplancton igual que el krill; es el kit del Omega 3 marino-, hoy es de un uso tremendo en el mundo y como digo habitualmente está teniendo casi pantalones largos.

Yo aconsejo y el mundo aconseja ya desde el acto de la gestación comer Omega 3 hasta el día en que morimos, porque el cuerpo no lo produce, no trata de ninguna manera de sintetizarlo y, entonces, tiene que adquirirlo como un aporte alimenticio. Eso ya está constatado. En algún momento se aconsejaba no comer ninguna grasa para adelgazar y ahí fue cuando se dieron cuenta de que con la falta de grasas falta energía y aparecen enfermedades neurológicas muy importantes. De tal manera que la grasa en equilibrio y la grasa buena con la mala se tiene que incluir en la alimentación para obtener lo que todos queremos: aumentar la calidad de vida y prevenir enfermedades.

Yo he golpeado muchas puertas. Creo que me conoce mucha gente en este país pero a pesar de tener una trayectoria médica y de actuación en el exterior -viajo casi constantemente por todo el mundo hablando del Omega 3-, en mi país del cual nunca me fui y del cual nunca me voy a ir, nunca he tenido el acogimiento necesario no para Grillo sino para la gente. Yo ya estoy casi fuera de carrera porque tengo 65 años, o sea que ya las cosas se van apagando a pesar de que trabajo día y noche. Mi objetivo fundamental es transmitir que creo que el Parlamento tiene que tomar una bandera, no de Grillo sino de mejorar la calidad de vida en el apoyo de la alimentación, de los lácteos, las harinas, etcétera. Tengo experiencias hechas en los lácteos que también conocerán y ahora estamos en otras líneas de lácteos. Tengo pan, galletas; hay una fábrica de pastas que está a punto de sacar esto. Hay productos porcinos. Esta inclusión en la alimentación haría que las enfermedades cardiovasculares que hoy matan el 42% de esta población y las enfermedades infecciosas e inmunológicas bajarían sustancialmente. Esto haría bien al prójimo, a nuestro país, a la gente y disminuría el gasto tremendo en salud. Yo fui Director de ASSE y Subsecretario de Salud Pública y sé el gasto que provocan estas enfermedades.

Mi sugerencia es que el Parlamento tiene que tomar bandera de esto porque es un bien nacional, no es un bien de ninguno de nosotros. Esa es la razón de mi atrevimiento y de este pantallazo.

SEÑOR GIL SOLARES.- Nos conocemos con el doctor Grillo desde hace muchos años; no sé si no entramos casi juntos a Facultad. Nosotros damos mucha importancia lo que el doctor dice porque entendemos que es algo serio y verdadero.

Mi pregunta es a qué grado se puede comprobar hoy la contaminación del krill, especialmente de parte de los hidrocarburos aromáticos polinucleares.

SEÑOR GRILLO.- En este momento no tienen contaminación porque están en esas aguas frías en las que no ha llegado; en el futuro, puede ser. Probablemente, estén un poco contaminados los aceites Omega 3 extraídos de peces. Por eso, ahora, en Canadá, empezaron a obtener aceite de la grasa de foca, que aparentemente no tiene ninguna contaminación. De cualquier manera, no sé hasta cuándo se podrá hacer eso porque el permiso para matar focas está limitado ecológicamente. En el krill, por ahora, no hemos encontrado contaminación. En la Antártida, que hoy es pura -no sabemos hasta cuándo-, cuando se cae una gota de petróleo en el agua, lo único que hacemos todos los que estamos allá es tratar de cuidar el medio ambiente y de cuidar rigurosamente las pautas a seguir. De manera que hoy es claro que no hay.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nos gustaría continuar con su propuesta y que afinara un poco más en qué podríamos ayudar.

SEÑOR GRILLO.- Me parece conveniente que esto sea una cuestión nacional y que se tome como factor fundamental en bien del país. Quienes van a ganar son los seres humanos y el país, económicamente; los demás somos de la periferia; lo que hicimos ya está hecho. En la Antártida, que es el lugar más inhóspito del mundo, estamos haciendo un trabajo de investigación muy bueno, con muy buenos resultados, sobre sequedad de ojos, que es una enfermedad importante. Todo lo que dije está comprobado. Desde la época de Rama yo siento hablar de los niños que repiten una y otra vez. Está comprobado que el alimento con Omega 3 ya desde la madre mejora el parto, porque es antiagregante plaquetario, o sea que, en parte, se solucionan los abortos espontáneos, según dicen los ginecólogos. El cerebro es 60% de grasa, de la cual, el 30% es grasa buena; más grasa buena tiene, más intelectualmente desarrollado va a estar, y los niños no repiten en los primeros años de escuela como los que no comen. Y en la vista también tiene una incidencia. Lo que digo está documentado en el mundo por estudios grandes, congresos y trabajos publicados en revistas internacionales. Hace un año

dieron el premio Reina Sofía a una investigadora española que descubrió que a falta de Omega 3 hay enfermedades neurológicas del nacimiento y con su aporte, se mejoran y no aparecen. Es igual que cuando falta flúor o hierro, que hay anemia. A la falta de grasa buena sucede eso. Además, previene todo tipo de enfermedades infecciosas; hoy, todos los profesores lo están indicando en casos de esclerosis en placas y en esclerosis múltiples como coadyuvante; y se aplica en todo lo vascular y en la inmunología: tratamiento de cáncer, de SIDA, de esclerosisis, etcétera.

Esto está escrito, hace cinco días que vine de allá.

El objetivo es que el Parlamento piense cómo tomar como bandera del país lo nacional. Lo que debemos buscar es bajar costos y hacer un bien demostrado a la población. Creo que es un objetivo fácil de decir, importante para un país y de un valor tremendo.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿Cuál es el costo para la población del Omega 3?

SEÑOR GRILLO.- Masivamente, los costos siempre son más en cuenta, como en las harinas, en los lácteos y demás. Además son gotas. Al igual que tenemos Omega 3 en la leche, hay unos huevos que inventé que se están vendiendo en los supermercados, como producto de una investigación de 3.000 gallinas; también fui premiado por eso. Entonces, sumado en la leche, en el pan, en la galleta, etcétera, el Omega 3 se va adquiriendo en dosis pequeñas. Por eso, no va a encarecer mucho. A los niños de la escuela con una o dos galletas o un pedazo de pan, es ideal, muy bueno y rápido. La leche cuesta dos o tres pesos más. Eso lo veríamos; no va a haber inconveniente de ninguna clase. Lo que tenemos que ver también es el ahorro a futuro por el bienestar de la gente, al bajar esos niveles mortalidad vascular y de lo que dije del niño.

SEÑOR PRESIDENTE.- Personalmente, comparto las inquietudes del doctor Grillo y creo que la Comisión también.

SEÑOR GRILLO.- Todo esto es verdad; sin ser Dios, lo que está dicho es verdad, y saben que me jugué la vida veinte veces en la Antártida, hasta quedarme sin techo en el avión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del doctor Grillo.

Se levanta la reunión.